

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Новикова В. И., Мацук О. Н., Махина Н. Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Одной из актуальных проблем педиатрии и детской аллергологии на сегодняшний день является проблема роста аллергических заболеваний у детей и, в частности, атопического дерматита.

Установлено, что ведущую роль в патогенезе атопического дерматита (АД) играет сенсibilизация организма к мультиформным эндо- и экзоаллергенам в сочетании с нарушением общей биологической реактивности [1,2,3]. В то же время, склонность к затяжному, а порой и к хроническому течению АД обеспечивает четкие иммунные нарушения, что требует адекватного иммунотерапевтического вмешательства. В плане дискуссии на первое место, в определенных случаях, может претендовать статус первичных иммунологических сдвигов с последующей следственной сенсibilизацией детского организма. Это в свою очередь определяет потребность в комплексе лечения таких пациентов иммуномодулирующих и иммунокорректирующих препаратов. Несмотря на успехи, достигнутые при изучении аллергического воспаления, оно и в настоящее время остается недостаточно

изученным явлением. Кроме того, нами предполагается, что аллергический механизм патогенеза atopических дерматитов может быть самостоятельным индуктором иммунологических нарушений, а также с учетом фоновых состояний больного, замыкаться в неразрывный круг алергоиммунопатологических реакций. В связи с этим становится явно актуальной проблема адекватной иммуномодуляции детей с atopическим дерматитом, что явилось основной целью данной работы.

На старте решения этой проблемы нами проведено Клинико-иммунологическое обследование 108 детей с atopическим дерматитом в возрасте от 4 до 15 лет. Течение основного заболевания характеризовалось типичным поражением кожных покровов с зудом, расчесами и эксфолиациями. Локализация элементов дерматита – регионы сгибаемых поверхностей, переднебоковые поверхности голеней, предплечий, ягодицы, область щек. Давность проявлений – от 2,5 до 5-6 лет. Клиническое обследование детей позволило сформировать следующие группы наблюдения:

1 группа – 34 ребенка с патологией верхнего отдела пищеварительного тракта (гастрит (n=12), гастродуоденит (n=8), дискинезия желчевыводящих путей (n=6), расстройства деятельности кардиального жома (n=4); дуоденогастральный рефлюкс (n=4). Возраст детей первой группы составил в среднем 8,4 года \pm 1,6.

2 группа – характеризовалась фоновым статусом дисбактериоза (n=30), возраст 4-5,5 лет. В этой группе определилось 2 подгруппы: 2а – дисбактериоз как следствие ранее перенесенной кишечной инфекции с использованием антибиотиков, подавляющих колонизационную резистентность кишечника (n=12) и 2б – группа – дисбактериоз после повторной антибиотикотерапии по поводу острой респираторной заболеваемости (по данным анамнеза) возраст от 4-х до 12 лет (n=18).

3 группа – дети с клинически непереносимостью пищевых продуктов (n=28), возраст от 6 до 14 лет. У 16 детей (подгруппа 3а) этиологическая значимость пищевой аллергии (белок коровьего молока, куриного яйца, говядины) подтверждена алергологическим обследованием: кожные пробы, ИФА, повышение уровня IgE. У 12 детей (подгруппа 3б) пищевая непереносимость определялась только клинически (обострение на коже после провокационных приемов тех или иных пищевых продуктов, чаще всего это было нативное коровье молоко, овсяная крупа, томаты, блюда с использованием куриных яиц и т.п.) и не подтверждалось специфическими алергологическими диагностическими реакциями.

4 группа (n=16) – дети от 4 до 15 лет. Дети с типичной клиникой атопического дерматита, торпидным течением по отношению к терапии, по форме приближающимся к хроническому. Детей этой группы характеризовала непереносимость и аллергические реакции кожи на продукты, содержащие пищевые красители, добавки, ароматизаторы и консерванты, кроме этого их объединил в одну группу статус гиповитаминоза и наличие признаков хронической интоксикации (без явных симптомов присутствия очагов хронической инфекции со стороны других систем).

Таким образом, клинико-аллергологическое обследование четко разделило наблюдаемых детей на 4 группы: с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с дисбактериозом кишечника, с пищевой аллергией и с непереносимостью пищевых добавок.

Результаты иммунологического скрининга обработаны методами параметрической статистики выявили следующие отклонения от возрастных нормативных значений (здоровые дети 4-15 лет, n=44, поступившие в стационар по поводу плановых оперативных вмешательств).

Показатели Т- и В-клеточного иммунитета у детей с атопическим дерматитом

Маркеры лимфоцитов	Контр группа	Показатели Т- и В-клеточного иммунитета у детей с атопическим дерматитом					
		1	2а	2б	3а	3б	4
CD3	60±2,0	48±3,2*	51±2,2*	59±2,3	58±1,9	54±2,5*	32±3,4*
CD4	42±1,8	24±2,6*	39±2,1	39±2,1	38±1,9*	38±2,3*	21±1,8*
CD8	6±1,5	18±1,6*	24±1,4	27±1,5	31±2,1*	34±2,7*	24±2
CD16	14±1,5	9±0,9*	13,4±1,6	14±1,6	14±1,3	14±1,8	28±2,2*
CD22	26±2,1	17±2,2*	14±1,9*	13±2,9*	14±2,1*	13±1,9*	16±1,9*
CD25	27±2,0	14±2,4*	13±1,9*	27±2,2	19±1,9*	19±2,3*	25±2,1
ИРИ	1,5±0,25	1,3±0,9*	1,6±0,24	1,44±0,02	1,02±0,04*	1,01±0,3	0,91±0,08*

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, группы детей с атопическим дерматитом характеризуются следующими особенностями иммунного статуса:

- В первой группе детей с патологией верхнего отдела пищеварительного тракта отмечались сдвиги по экспрессии CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25 в сторону уменьшения. Показатель индекса иммунорегуляции (ИРИ) был также снижен по сравнению с контрольной группой детей.
- В группе 2а (дети с дисбактериозом как следствие ранее перенесенной кишечной инфекции с использованием антибиотиков)

отмечалось значительное снижение показателей CD3, CD22 и CD25 по сравнению с контролем.

- В группе 2б (дисбактериоз после повторной антибиотикотерапии по поводу острой респираторной заболеваемости) было отмечено снижение показателя CD22.

- В группе 3а (дети с подтвержденной аллергологическими обследованиями этиологической значимостью пищевой аллергии) отмечались сдвиги по экспрессии CD8 в сторону увеличения, а CD4, CD22, CD25 и ИРИ в сторону уменьшения.

- В группе 3б (дети с пищевой непереносимостью определенной только клинически) определялось снижение показателей CD3, CD4, CD22, CD25, а CD8 – увеличение. Показатель индекса иммунорегуляции был также снижен по сравнению с контролем.

- В 4 группе (дети с торпидным течением атопического дерматита по отношению к терапии) отмечалось значительное снижение по сравнению с предыдущими группами показателей CD3, CD4, CD22, ИРИ, а показатель CD16 был увеличен по сравнению с контролем в 2 раза.

Совокупность изменений показателей иммунного статуса при атопическом дерматите у детей, имеющих патологию желудочно-кишечного тракта, логично увязывается с необходимостью дифференцированной иммунокорригирующей терапии.

Литература:

1. Баранов, А. А. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа / А. А. Баранов. – М., 2000. – 75 с.
2. Новиков, Д. К. Патология системы иммунитета / Д. К. Новиков // Национальная академия микологии, 2003. – 368 с.
3. Атопический дерматит: основы патогенеза / Ю. В. Сергеев [и др.] // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2001. – №3. – С. 61-73.